

Til: Helse- og omsorgstjenesten
Kopi:

Dato: 19. mars 2020
Saksnr: 20/9019

Notat

Fra: Helsedirektoratet
Ansvarlig: Bjørn Guldvog

Prioritering av helsehjelp i Norge under Covid-19 epidemien

Bakgrunn

Verden er i en Covid-19 pandemi. Helsetjenesten i Norge forventer en stor vekst i antall pasienter med Covid-19, mange vil være alvorlig syke. Samtidig vil befolkningen ha sine vanlige helseutfordringer. Denne situasjonen vil kunne gi ressursknapphet og stille krav til omstilling, krevende prioriteringer og rasjonering. Situasjonen er dynamisk, og den er ikke lik over hele landet. Ulike kommuner eller helseforetak kan derfor ha ulike utfordringsbilder.

Det er vanskelig å si noe nå om når situasjonen er tilbake til det normale. Notatet gjelder fra publisering til Helsedirektoratet kommer med ny informasjon.

Notatet er utarbeidet og utgitt av Helsedirektoratet. Vi har hatt dialog med og fått gode innspill fra sektoren. Både helsepersonell, ledere i helsetjenesten, fagpersoner med kompetanse innen prioritering, relevante etater og profesjonsforeninger har bidratt. Innholdet i notatet er på et overordnet nivå. Helsedirektoratet vil sammen med helsetjenesten utarbeide mer konkrete prioriteringsanbefalinger for de mest kritiske helsetjenestene.

Mål

Målet med dette notatet er å gi beslutningsstøtte til helse- og omsorgstjenesten i prioriteringsutfordringer. Notatet omfatter både ledernivå og den enkelte helsearbeider.

Lovforankring

Dagens lovverk, herunder kommunens og spesialisthelsetjenestens sørge for-ansvar, vil gjelde som utgangspunkt for prioriteringer også i en krisesituasjon. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, og tjenestene som ytes skal være forsvarlige. Både begrepet "nødvendig" og "forsvarlig" er rettslige standarder, der innholdet i begrepene vil endre seg basert på tilgang til ressurser, utstyr, personell,

kompetanse og andre rammebetingelser. De juridiske rammene for fravikelse og omgjøring vil bli utredet av Helsedirektoratet innen kort tid.

Verdigrunnlag og prioriteringskriterier

En likeverdig tilgang til helsetjenester er et viktig prinsipp for den offentlige helsetjenesten. Kriteriene som legges til grunn for prioriteringer er viktige, nettopp for at fordeling ikke skal skje tilfeldig. Prinsippene for prioritering skal bidra til mest mulig god helse for ressursene i helsetjenesten, rettferdig fordelt.

I Norge ble prioriteringskriterier for spesialisthelsetjenesten forskriftsfestet i 2000. De tre kriteriene var *sykdommens alvorlighetsgrad, forventet nytte og en vurdering av forholdet mellom kostnad og effekt*. I 2016 justerte og presiserte Stortinget kriteriene¹. De tre gjeldende kriteriene er: *nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet*. I 2018 ble NOU'en om prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste levert². Overordnet anbefaler den at de samme kriteriene brukes.

Alder er ikke et selvstendig prioriteringskriterium, men kan sees i sammenheng med kriteriene. Kriteriene gjelder for alle pasienter uavhengig av diagnose.

Prioriteringskriterier i en krisesituasjon

I en krisesituasjon gjelder de samme prioriteringskriteriene som ellers.

Nasjonal beredskapsplan³ drøfter etiske utfordringer ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Tilbud om behandling ved ressursknapphet bør følge de samme prinsipper som ellers, men det åpnes for at samfunnet i spesielle situasjoner prioriterer utøvende helsepersonell og definerte nøkkelpersoner. Dette er i tråd med regjeringens pandemiplan⁴.

Helsedirektoratets vurdering

Prioriteringsmeldingen og regelverket for helsetjenesten beskriver normalsituasjonen. I en krisesituasjon kan samfunnsperspektiv bli tillagt større vekt. Helsedirektoratet mener at dagens vedtatte prioriteringskriterier som hovedregel bør gjelde. Særlig fortrinn vil likevel kunne tre inn ved rød beredskap.

Generelle overveielser for pasientbehandling ved pandemier

For å hindre smitte i helseinstitusjoner bør pasienter i minst mulig grad fysisk møte opp hos helsetjenesten, unntatt ved helt livsnødvendig øyeblikkelig hjelp. Alle former for planlagte polikliniske kontroller av pasienter med stabil sykdom kan utsettes. Det skal være en individuell vurdering av om kontrollen kan utsettes eller gjennomføres som telefonkonsultasjon.

Pasienter i risikogrupper skal heller ikke, så vidt mulig, møte fysisk hos helsetjenesten. Dette kan gjelde også de som ikke har stabil sykdom. For eksempel bør pasienter med hjertesvikt eller kronisk obstruktiv lungesykdom som har behov for oppfølging, tilbys telefonkonsultasjon/ videokonsultasjon i den grad det er mulig.

¹ Meld. St. 34 (2015–2016) – Verdier i pasientens helsetjeneste

² NOU 2018:16 det viktigste først

³ Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. HOD. 2019

⁴ Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa, 2014

Etiske utfordringer ved avslutning/endring av behandling, skal drøftes i fagmiljøet. Pasientene skal uansett gis lindrende behandling og verdig oppfølging.

Det må planlegges for å sikre en verdig omsorg for døende. Døde skal behandles respektfullt.

Spesialisthelsetjeneste

Somatisk helsetjeneste

Pasienter må i størst mulig grad behandles på sitt lokalsykehus. Kun utvalgte pasienter som har behov for nødvendig helsehjelp som ikke kan gis lokalt, kan overføres etter avtale til et høyere nivå.

Planlagte inngrep (innleggelser og dagbehandling) bør opphøre inntil videre. Det kan gis unntak dersom dette gir store/alvorlige konsekvenser for pasienten. Dette må vurderes/prioriteres opp mot det totale behovet for intensivkapasitet.

Planlagte polikliniske konsultasjoner begrenses til et "absolutt nødvendig nivå". Dette gjelder også radiologi.

Screeningundersøkelser opphører inntil videre.

Operasjoner hvor det må benyttes respiratorer eller ha respiratorberedskap, eller hvor pasienten postoperativt sannsynligvis vil få behov for intensiv behandling, må vurderes kritisk.

Vanskelige prioriteringsutfordringer på sykehus kan tas opp med de kliniske etiske komiteene (KEK)⁵. Ledere av KEK på hver institusjon bør forberede seg på hastesaker.

Psykisk helse og rus (TSB)

Planlagte innleggelser og dagbehandling bør opphøre inntil videre.

Dette kan få konsekvenser for mange pasienter, og påvirke kommunens tjenester. Kommunikasjon mellom nivåene blir viktig. Det kan gjøres unntak ved alvorlige konsekvenser for pasientene og/eller andre.

Planlagte poliklinisk konsultasjoner minimaliseres/begrenses til et "nødvendig nivå", det vil si tiltak som er nødvendig for å ivareta liv og helse.

Prioriterte grupper: barn og unge, samt pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusmiddelproblem.

Habilitering/rehabilitering

All helsehjelp i spesialisthelsetjenesten innen habilitering og rehabilitering som medfører fysisk oppmøte av pasient, eller annen direkte kontakt mellom rehabiliteringspersonale og pasient, opphører inntil videre.

Unntak: tidlig rehabilitering etter hjerneslag, samt andre akutte rehabiliteringsforløp for alvorlige tilstander som f.eks. tverrsnittslesjon, hodeskade, multitraumer (etter f.eks. trafikkulykker) og amputasjoner.

⁵ <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/kek/>

Samhandling mellom tjenestenivå

Den enkelte kommune må sikre et tett samarbeid med lokalsykehus om akutt innleggelse og utskrivning av pasienter. Det må etableres samhandlingskanaler med rask 24/7 respons fra begge parter.

Spesialisthelsetjenesten må ha en lav terskel for rådgivning til kommunene i håndtering av akutt syke pasienter. Mulighet for å unngå innleggelse på sykehus bør vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Kommunene må forberede seg på raskt å kunne ta ut pasienter fra sykehus, de kommunale øyeblikkelig hjelp plassene må utvides i antall og forsterkes med riktig kompetanse.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste

Oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten som følge av redusert tilgjengelighet og kapasitet, vil føre til at flere pasienter må få behandling i kommunen.

Allmennlegetjenesten og legevakt

Fastlegen skal ivareta innbyggere med behov for legetjenester, både som følge av Covid-19 og andre akutte og kroniske medisinske tilstander. Nødvendig behandling av akutte tilstander og forverring av alvorlig kronisk sykdom, inkludert palliasjon skal fortsatt være en prioritert fastlegeoppgave.

I en situasjon hvor kapasitet i fastlegetjenesten forverres betydelig, vil kun pasienter med behov for akutt og livsnødvendig helsehjelp bli prioritert.

I tillegg vil det være behov for større grad av annet helsepersonell i fastlegepraksisen og økt legebemannning for å bistå i håndteringen av pasienter med alvorlige sykdomsforløp og betydelig komorbiditet.

Når det gjelder legevakt, vil terskelen for akutt helsehjelp heves, slik at behovet for triagering blir betydelig. I situasjoner med betydelige kapasitetsutfordringer vil kun kritisk syke pasienter få hjelp, mens andre må vente.

Institusjon (sykehjem, omsorgsbolig) og hjemmetjenester

Beboere i institusjoner/sykehjem skal sikres medisinsk faglig oppfølging. Akutt behandling skal så langt råd er iverksettes i institusjonen uavhengig av diagnose.

Pasienten skal så langt det er mulig og medisinsk forsvarlig, behandles i sykehjemmet og det bør etableres en ordning med veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Pårørende skal så langt råd er involveres i beslutningen om overføring til spesialisthelsetjenesten.

- Det bør innføres høyere terskel for akuttinnleggelser fra legevakt og andre deler av primærhelsetjenesten.
- Kommunal helsetjeneste må planlegge for å ta imot flere pasienter fra sykehus.
- Det må påregnes å måtte prioritere strengere mellom pasientene i sykehjem og brukerne av hjemmetjenester.
- Dagens rettighetsbestemmelser i lov/forskrift må kunne fravikes og vedtak om tildeling av tjenester må kunne omgjøres for å kunne omprioritere ressurser

hvis nødvendig. De juridiske rammene for omgjøring og fravikelse må utredes nærmere.

- Ved behov, må en institusjon eller avdeling omdefineres for behandling og omsorg til alvorlig syke med Covid-19 infeksjon.
- Pasienter i sykehjem som blir syke med Covid-19 bør behandles i sykehjemmet.
- Personer med alvorlig sykdom i livets slutfase skal behandles i egen bolig, med mindre det er særlig tungtveiende grunner for at innleggelse i sykehus åpenbart vil forlenge livet og gi økt livskvalitet.
- Hjemmetjenesten må prioritere de pasientene som har størst behov for helsehjelp.

Psykisk helse og rus

Opplevelse av ekstra sårbarhet, selvmordsproblematikk og psykoseutvikling kan trigges i krisetid.

- Barn av psykisk syke/rusmisbrukere må ivaretas
- Lavterskeltilbud må opprettholdes for å gi tilbud til de mest sårbare personene og for å avdekke alvorlig sykdomsutvikling
- Samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten må sikres for oppfølging av denne pasientgruppen.

Tannhelse

Befolkningen vil ha behov for tilgang til akutt nødvendig tannhelsehjelp. Annen tannbehandling skal utsettes der det er faglig forsvarlig.

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom

- Alle nyfødte skal følges opp med avtalt kontaktform ut fra mor/barn situasjon
- 6 ukers konsultasjon med lege og helsesykepleier gjennomføres
- Barnevaksinasjonsprogrammet skal gjennomføres
- Barn og unge med spesielle behov eller familier det er bekymring for, følges opp.

Gravide

- Svangerskapskonsultasjoner for gravide prioriteres om mulig
- Det skal gis prioritet til gravide som har påvist sykdom eller er i risiko for å utvikle sykdom eller skade for seg selv og fosteret eller barnet på sikt
- RHneg kvinner må få profylakse og nødvendig oppfølging
- OGTT (glukosebelastning) bør gjennomføres av gravide som tidligere har hatt svangerskapsdiabetes eller andre svangerskapsassosierte risikofaktorer, har foreldre eller søsken med diabetes, har etnisk bakgrunn utenom Europa, fedme $KMI \geq 30$
- Konsultasjoner til gravide der det er knyttet usikkerhet rundt fosterets trivsel og vekst skal prioriteres
- Konsultasjoner som sikrer at barselkvinner og nyfødte får forsvarlig oppfølging etter fødsel skal prioriteres.

Vedlegg 1

Tekstlig beskrivelse av prioriteringskriteriene

(Fra: Meld. St. 34 (2015–2016) – Verdier i pasientens helsetjeneste)

Prioriteringsmeldingen grupperer beslutninger i helsetjenesten i fire nivåer: kliniske-, gruppe-, administrative- og politiske-beslutninger. Meldingen sier at de samme prioriteringskriteriene skal brukes i beslutningssituasjoner på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten.

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- økt fysisk, psykisk og sosial mestring (NOU Blankholmutvalget)

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller funksjonstap
- graden av fysisk eller psykisk funksjonstap
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- graden av fysisk, psykisk og sosial mestring.

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet.

Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket/helsehjelpen.

Samlet vurdering av kriteriene

Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav.